

VD_GERICHTE ZA15.041687 vom 31. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.041687

FR: VD_GERICHTE ZA15.041687 du 31 octobre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA15.041687 del 31 ottobre 2017

Erwägungen

E. 20

mars 1981 ; RS 832.20). Compte tenu de l'appréciation du Dr X. _____ et en application des art. 24 et 25 LAA, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 6'300 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 5% et d'un gain annuel de 126'000 francs. L'assuré était rendu attentif par ailleurs que si l'état de santé exigeait la reprise du traitement, il avait la possibilité de l'annoncer pour examen de son droit aux prestations d'assurance. Par communication du 4 août 2015, l'OAI a accordé une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de français « Débutant », du 10 août au 30 novembre 2015, auprès d'[...] SA à [...].

- 17 - Le 12 août 2015, la CNA s'est adressée en ces termes à l'assuré : "Monsieur, Pour faire suite au courrier du 24.7.15 de la Dresse K. _____, nous vous confirmons que nous acceptons la prise en charge de 2 séances de physiothérapie par semaine jusqu'à la fin de l'année 2015. De plus, nous vous rappelons que, comme indiqué dans notre courrier du 11.6.15, nous prendrons en charge également l'ensemble des consultations médicales jusqu'à la fin de l'année 2015. [...]" L'assuré a formé opposition le 20 août 2015 contre la décision du 5 août 2015 de la CNA en demandant un réexamen de son cas, moyennant un entretien personnel le 25 août suivant en présence d'un traducteur choisi par lui-même. Il contestait les constatations et les conclusions du rapport d'examen clinique du 11 février 2015 du Dr X. _____. Selon une notice téléphonique du 27 août 2015 avec son épouse, l'assuré a finalement renoncé à l'entretien personnel sollicité compte tenu de son opposition par écrit. Le 3 septembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision du 5 août 2015. Elle a notamment considéré ce qui suit : "2. Dès lors qu'aucun élément au dossier ne permet d'admettre qu'il existe un traitement qui permettrait d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré, c'est à bon droit que la Suva Lausanne a mis un terme au versement de l'indemnité journalière et transmis le dossier à la Division prestations d'assurance pour examen du droit à la rente d'invalidité. [...] 5. Puisque l'assuré n'exerce aucune activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la comparaison des revenus pour déterminer le degré de l'incapacité de gain. Si nul ne conteste que la reprise de l'activité de manœuvre

- 18 - n'est plus exigible au vu des séquelles de l'accident, le Dr X. _____, médecin d'arrondissement remplaçant, spécialiste FMH en chirurgie, a certifié que l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier et les travaux accroupis. 6. Dès lors qu'il n'existe et que l'assuré n'apporte aucun élément permettant de douter de l'exigibilité fixée par le médecin d'arrondissement, il y a lieu de faire fond sur celle-ci. L'exigibilité a été fixée en pleine connaissance de cause, le Dr X. _____ ayant décrit les troubles et les limitations déclarées par l'assuré ainsi que l'état objectif. 7. Le revenu d'invalidité a été déterminé, en

l'espèce, sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). [...] 8. Le gain d'invalidé fixé dans la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique dès lors que les DPT choisies sont adaptées au handicap de l'assuré et ont été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de Fr. 4'839.-- et un revenu exigible d'au moins Fr. 4'655.-- laisse apparaître une perte de 3.8%. C'est donc à juste titre que la Suva a refusé tout droit à la rente d'invalidité. 9. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. [...] 10. Se fondant sur la table 5 des publications précitées, le médecin d'arrondissement a fixé à 5% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (arthrose du Lisfranc de degré moyen). 11. Là encore, en l'absence d'élément médical contraire au dossier, il y a lieu d'accorder entière valeur probante à l'estimation du médecin d'arrondissement. 12. Sur le vu de tout ce qui précède, la décision querellée doit être confirmée et l'opposition rejetée."

- 19 - B. Par acte du 1er octobre 2015, U. _____, dès lors représenté par Me Joëlle Vuadens, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition en concluant avec suite de dépens à son annulation et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité complète dès le 1er août 2015, subsidiairement, qu'une expertise pluridisciplinaire est ordonnée et, plus subsidiairement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son mémoire. Il allègue en substance qu'il ressort du rapport établi le 24 juillet 2015 par la Dresse K. _____ qu'il souffre toujours de séquelles au niveau de sa cheville et de son pied, sous la forme d'un œdème global et que la mobilité de sa cheville et de son genou est atteinte, ceux-ci le faisant fortement souffrir. Il prétend que la Dresse K. _____ a relevé d'importantes limitations fonctionnelles, qui ne lui permettent pas de retrouver un travail à plein temps, même dans une activité adaptée. En outre, il soutient au vu de ces éléments et eu égard aux douleurs persistantes dont il souffre à la cheville et au genou, que c'est une invalidité de 10% au moins qui doit être retenue. Selon lui, dès lors qu'il ne bénéficie d'aucune formation le gain hypothétique retenu par l'intimée de 4'655 fr. est largement supérieur à ce qu'il est réellement susceptible de réaliser, les emplois en qualité de manœuvre assis, correspondant à ses limitations fonctionnelles étant très faiblement rémunérés, et n'excédant pas 4'000 fr. par mois. Il en conclut avoir droit à une rente d'invalidité dont le montant sera à préciser par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. Dans sa réponse du 5 novembre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours. Produisant son dossier, elle observe que le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA, l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 5% n'étant pas contestée par celui-ci. Elle estime que les constatations de la Dresse K. _____ dans son rapport du 24 juillet 2015 ne sont pas de nature à rediscuter l'appréciation du 11 février 2015 du Dr X. _____, au demeurant corroborée par le rapport du 27 novembre 2014 des spécialistes de la CRR, et qui revêt valeur probante au sens de la jurisprudence. L'intimée se prononce également pour le rejet de l'expertise complémentaire requise. Elle observe pour terminer que la

- 20 - méthode de calcul du revenu d'invalidé du recourant n'est pas critiquable, étant précisé que les descriptions de postes de travail (DPT) produites s'accordent avec les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence, à savoir pas de position debout prolongée, de marche en terrain irrégulier ainsi que de travaux accroupis. Par réplique du 11

janvier 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit les pièces suivantes : - un questionnaire complété le 1er octobre 2015 par le Dr H. _____ : “[1. Anamnèse ?] Persistance des douleurs au niveau de l’arrière-pied à la marche et ce malgré le port d’un chaussage orthopédique avec barre de déroulement. [2. Quels sont les points touchés par l’accident ?] Le 02.12.13 : Fracture non déplacée de l’os naviculaire associée à une fracture de la base du 1er métatarsien du pied D. SDRC dans les suites. [3. Etat actuel de l’état de santé du patient (aspect subjectif)] Pas de franche amélioration avec une déambulation difficile en raison des douleurs. [4. Etat actuel de santé du patient (aspect objectif)] Tuméfaction modérée couvrant le pied D, Chopart sensible à la palpation et à la sollicitation avec sinus du tarse très sensible. Déambulation s’effectuant essentiellement sur la colonne externe du pied D avec une boiterie d’esquive. varus calcanéen D. [5. L’état de santé du patient est-il stabilisé ? Si oui, si non pourquoi ?] Oui. [6. Si vous avez répondu affirmativement à la question précédente, le patient a-t-il atteint l’état de santé qui était le sien avant l’accident ? A-t-il atteint l’état de santé qui aurait été le sien sans accident ?] A) Non. B) Non. [7. Si vous avez répondu négativement à la question 6, y’a-t-il des séquelles permanentes et / ou des douleurs permanentes ? Si oui, lesquelles ?] Oui cf. supra (douleurs arrières et médio-pied D limitant le périmètre de marche. [8. Le patient est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? Si oui, laquelle ?]

- 21 - Patient apte à travailler sans port de charges. Peut réaliser des travaux pas exigeants, pas de déambulation constante notamment en terrain irrégulier. [9. Autres remarques ?] ---” - un questionnaire complété le 6 octobre 2015 par la Dresse K. _____, dont il ressort notamment les réponses suivantes : “[1. Anamnèse ?] Contexte douloureux chronique après traumatisme du pied / cheville droits = accident de travail du 2 / 12 / 13. [2. Quels sont les points touchés par l’accident ?] Cheville, articulation de Chopart et de Lisfranc. [3. Etat actuel de l’état de santé du patient (aspect subjectif)] Fracture seule consolidée le 23 / 7 / 15, œdème, douleurs et limitation modérée de la mobilité. [4. Etat actuel de santé du patient (aspect objectif)] Mobilité douloureuse et limitations ; difficultés pour le chaussage. [5. L’état de santé du patient est-il stabilisé ? Si oui, si non pourquoi ?] Je ne l’ai pas revu après cette 1ère consultation. Le patient devait revoir le Dr H. _____ le 9 / 9 / 15. [...] [8. Le patient est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? si oui, laquelle ?] Pas encore d’actualité pour moi. Peut-être pour son médecin de famille et/ou Dr H. _____.” - un rapport de bilan podologique du 30 novembre 2015 du Dr O. _____, cosigné par les Drs I. _____, spécialiste en médecine générale, et H. _____, dont il résulte le renouvellement d’une paire de chaussures spéciales avec des supports orthopédiques. L’analyse de la statique et les différentes empruntes montrant une cheville en varus avec une surcharge sur le bord externe du pied et un affaissement transverse ; - un certificat du 23 novembre 2015 établi par le Dr I. _____, à la teneur suivante : “Certificat médical

- 22 - Le patient susnommé présente un syndrome douloureux régional complexe du pied droit suite à un accident du travail le 02.12.2013 avec une fracture non déplacée de l’os naviculaire et de la base de 1er métatarsien à droite traitées conservativement. Le patient présente des douleurs au dos du pied D avec une légère enflure, la marche sur le bord externe de ce pied avec des tiraillements dans la jambe droite. Il doit porter des chaussures orthopédiques. P.S. : une expertise orthopédique est souhaitable.” Le recourant soutient en définitive que les avis de ses médecins contredisent l’appréciation du médecin d’arrondissement de la CNA et qu’il ne bénéficie que d’une capacité de travail partielle dans l’exercice d’une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans sa duplique du

1er février 2016, la CNA a conclu derechef au rejet du recours et au maintien de la décision querellée ainsi qu'au rejet de la requête d'expertise médicale complémentaire. C. Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit le 23 mars 2016. Un délai au 2 mai 2016 était imparti aux parties pour sa consultation ainsi que pour déposer leurs déterminations éventuelles. Le 2 mai 2016, l'intimée a observé pour sa part que les pièces du dossier AI du recourant, confirmaient la décision querellée, à savoir que le projet de décision du 7 mars 2016, refusait le droit aux prestations AI (rente et mesures professionnelles) compte tenu d'un revenu d'invalidité supérieur à celui réalisable sans atteinte à la santé. L'intimé persistait dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 3 septembre 2015. En plus des pièces principales figurant sous lettres A – B ci-dessus, il ressort les éléments suivants du dossier de l'assurance-invalidité en question : - une correspondance du 10 avril 2015 du Dr I. _____ adressée à l'OAI dans laquelle ce praticien explique n'avoir vu le recourant qu'une fois le 28 mars 2015 et qu'il ne lui est dès lors pas possible de remplir le formulaire que lui a fait parvenir cet Office ;

- 23 - - un document du 25 janvier 2016 intitulé « IP – Proposition de DDP », dont il résulte notamment la fermeture du dossier de l'assuré au motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail ensuite de la mesure mise en œuvre (cours de français), capacité qu'il pouvait faire valoir dans différents secteurs industriels ; - un projet de décision du 7 mars 2016 dans lequel l'OAI fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à ses prestations (rente et mesures professionnelles). Il en ressort notamment les constatations suivantes : "Résultat de nos constatations : Le 30 mars 2015, vous avez déposé une demande de prestations AI. Manœuvre dans l'étanchéité pour le compte d'une entreprise de travail temporaire, vous avez été victime d'un accident du travail le 2 décembre 2013 (pied droit). Dans le cadre de l'intervention précoce, notre assurance a pris en charge des cours de français afin de vous aider à devenir plus attractif sur le marché de l'emploi et retrouver un travail dans le secteur industriel. Après analyse de votre situation, nous constatons que vous n'êtes plus à même d'exercer l'activité habituelle de manœuvre en raison de votre atteinte à la santé. Par contre, dans une activité adaptée - éviter un travail en position debout prolongé, en terrain irrégulier, accroupi - vous conservez une capacité de travail de 100% dès le 1er août 2015. Le droit potentiel à une rente naît le 1er décembre 2014 (échéance du délai d'attente d'une année). Vous avez cependant déposé votre demande le 30 mars 2015. Votre demande est donc tardive et une rente ne peut être allouée que six mois après son dépôt, soit le 1er septembre 2015. Or, à cette date, vous présentez une capacité de travail entière dans un travail adapté. En outre, il convient d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte. [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2013, CHF 5'248.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2013, niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être

- 24 - porté à CHF 5'471.04 (CHF 5'248.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'652.48. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+ 0.8% + 0.8% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'707.12 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). [...] Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 10 % sur le revenu

d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 60'036.41. Ce moment doit être comparé au revenu annuel moyen réalisé entre 2009 et 2012, soit CHF 33'281.- Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre en exerçant une activité adaptée non qualifiée à [1]00% est plus élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles et à une rente AI n'est pas ouvert." E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

- 25 - (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité LAA. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé

- 26 - physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait

que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 p. 438 et les références). c) Pour admettre l'existence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci (soit au maximum six à huit semaines; ATF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2, 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.3, 8C_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 et les références). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées ; cf. TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des

- 27 - atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 4. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on

- 28 - peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb;

RAMA 1996, p. 37 consid. 3d). b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549; cf. aussi TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 4 et 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_813/2012 précité). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

- 29 - activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance

qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de

- 30 - prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 6. En l'espèce, lors du séjour du recourant à la CRR, les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours et de fracture non déplacée de l'os naviculaire et fracture non déplacée de la base du 1er métatarsien à droite, traitées conservativement ont notamment été posés (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs S. _____ et Z. _____, p. 1). Dans leur appréciation, ces spécialistes ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires : à savoir qu'il fallait éviter les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée ainsi que celles impliquant la marche en terrain irrégulier. La situation n'étant pas stabilisée lors de ce séjour, les médecins estimaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manoeuvre-étancheur défavorable. Les Drs S. _____ et Z. _____ ont en outre relevé que des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement le retour au travail.

- 31 - Dans son rapport d'examen médical final du 11 février 2015, le Dr X. _____ a observé un pied droit calme, le SRDC ayant disparu, ainsi que des articulations sous-taliennes et du médio-tarse souples. Il a constaté également une marche sur le bord externe du pied droit, sans déroulement du pas. Considérant le cas stabilisé, il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par les médecins de la CRR, en précisant en outre que l'exécution de travaux en position accroupie devait être évitée, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La Dresse K. _____, dans son rapport du 24 juillet 2015, ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Elle constate que les lésions fracturaires du pied sont consolidées et, comme le Dr X. _____, qu'il n'y a aucun phénomène algodystrophique évolutif. Elle ne mentionne pas d'autres limitations fonctionnelles et se limite à recommander un traitement de physiothérapie. Elle n'a pas revu le recourant depuis la seule fois où il l'a consultée le 23 juillet 2015 et ses réponses au questionnaire du conseil du recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux. Elles sont en outre très laconiques et non motivées. Le bilan podologique établi le 30 novembre 2015 par le Dr O. _____ et co-signé par les Drs I. _____ et H. _____ ne discute pas la question de l'exigibilité médico-théorique dans une activité adaptée. Il consiste en un compte-rendu des affections du recourant sur ce plan. On observera en outre que les atteintes mentionnées - une cheville en varus avec une surcharge sur le bord externe du pied

et un affaissement transverse - étaient déjà connues et prises en compte tant par les spécialistes de la CRR (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs Z. _____, p. 2 - 3) que par le médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport d'examen médical final du 11 février 2015 du Dr X. _____, p. 4 - 5). Le certificat du 23 novembre 2015 du Dr I. _____ reprend uniquement des diagnostics, dont celui de SRDC sans le motiver. Il ne

- 32 - s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant se limitant à estimer une expertise orthopédique souhaitable. Quant au Dr H. _____, il estime lui aussi que l'activité habituelle n'est plus possible. Dans son rapport du 24 juin 2015, comme dans ses réponses au questionnaire du conseil du recourant, il pose le diagnostic de SRDC dans les suites. Ce diagnostic, qui contredit les constatations des Drs X. _____ et K. _____ n'est toutefois pas documenté. Dans son rapport du 24 juin 2015, le Dr H. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée mais a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles énumérées par les médecins de la CRR et le Dr X. _____ à savoir : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en position accroupie et en ajoutant pas de montée sur une échelle / un échafaudage. Dans ses réponses du 1er octobre 2015, il confirme que l'état de santé est stabilisé mais indique que le recourant est seulement partiellement apte à travailler et sans port de charges sans motiver cette appréciation. Ses constatations objectives (cf. questionnaire complété le 1er octobre 2015 par le Dr H. _____, R. 4) correspondent à celles déjà relevées dans son rapport du 24 juin 2015 à l'OAI. Ces éléments étaient en outre déjà pris en compte par le médecin d'arrondissement de la CNA dans son appréciation (cf. rapport d'examen médical final du 11 février 2015 du Dr X. _____, p. 4 - 5). Des douleurs « assez diffuses » du pied droit de l'assuré avec une démarche pathologique sur le rebord externe, un appui préférentiel sur le talon et aucun déroulement du pied avaient déjà été observés à la consultation de podologie de la CRR en septembre - octobre 2014 (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs S. _____ et Z. _____, p. 4). Il n'y a ainsi aucun élément fondant son appréciation différente de la capacité de travail du recourant. On relèvera par surabondance que le diagnostic de SRDC n'a été évoqué que par les médecins de la CRR, soit plusieurs mois après l'accident de sorte que le délai de six à huit semaines imposé par la

- 33 - jurisprudence pour admettre un lien de causalité naturelle entre cette affection et l'accident est largement dépassé. Il n'y a en conséquence aucun rapport médical mettant en doute l'appréciation du Dr X. _____ dont le rapport, fondé tant sur l'examen clinique du recourant que sur l'ensemble du dossier comporte ainsi une anamnèse et fait état des plaintes du recourant. Il procède d'une étude circonstanciée et complète du cas de celui-ci. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Ce rapport a ainsi valeur probante. Force est dès lors de retenir une capacité de travail du recourant entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 7. Reste à examiner la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité du recourant. Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi

exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2), étant précisé qu'en l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à cette analyse est l'année 2015, la CNA ayant informé l'assuré le 11 juin 2015 qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical

- 34 - une sensible amélioration de son état et que dès lors il était mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux avec effet au 31 juillet 2015 (cf. art. 19 al. 1 LAA). On soulignera encore que la notion de "marché du travail équilibré" est certes théorique et abstraite mais qu'elle est néanmoins inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). En l'espèce, la CNA s'est fondée à juste titre pour la détermination du revenu sans invalidité sur les déclarations de l'employeur P._____ auprès duquel l'assuré travaillait notamment au moment de l'événement accidentel assuré du 2 décembre 2013. En 2015 le revenu sans invalidité du recourant aurait été de 58'063 fr. en adéquation avec les données de P._____. Ce montant n'étant au demeurant pas contesté par les parties, il n'y a pas lieu de s'en écarter. b) Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF

- 35 - 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 3 éd. 2016, n. 233 p. 978). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 235 à 239 p. 978 à 980). aa) L'intimée a fait application en l'occurrence de la seconde méthode d'évaluation. Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en

exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_809/2008 précité consid.

- 36 - 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; cf. TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). En l'occurrence, la CNA a listé huitante-six DPT et en a sélectionné cinq à savoir, deux comme collaborateur de production, une comme aide-mécanicien, une comme polisseur et la dernière comme angleur. Ce sont toutes des activités professionnelles qui sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où il s'agit de travaux légers, impliquent principalement le port de charges légères à très légères, permettant de travailler en position principalement assise, avec de courts déplacements en terrain plat et sans travail accroupi. La situation médicale et personnelle du recourant est précisément prise en compte par l'attention dévolue à la sélection des DPT. Il y a dès lors lieu de retenir que ces dernières doivent être considérées comme adaptées au handicap de celui-ci. Quant au salaire moyen de 55'860 fr. fixé sur cette base, il n'apparaît pas critiquable. Partant, le revenu avec invalidité tel que retenu par la CNA doit être confirmé. La comparaison du revenu sans invalidité (58'063 fr.) avec le revenu d'invalidé (55'860 fr.) met en évidence un taux d'invalidité de 3,8% ($[58'063 \text{ fr.} - 55'860 \text{ fr.}] / 58'063 \text{ fr.} \times 100 = 3.8$), tel que calculé par l'intimée. bb) Au demeurant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable au recourant. Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas de formation certifiée et qu'il n'a plus retravaillé depuis son accident à l'hiver 2013, il y a lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les

- 37 - hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2013, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'431 fr. 43 ($5'210 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 65'177 fr. 16, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2015 (2013 : 0.7%, 2014 : 0.8% et 2015 : 0.4% ; cf. site internet de l'OFS), on obtient un revenu annuel de 66'423 fr. 10, étant ici rappelé que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100% (cf. consid.6 supra). Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du

cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa- cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques retenues en l'espèce, un taux d'abattement de 10% apparaît justifié. Le revenu avec invalidité serait dès lors de 59'780 fr. 80, soit un revenu supérieur à celui sans invalidité. c) Ainsi, en se basant sur l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité dégagées par la jurisprudence du

- 38 - Tribunal fédéral, le recourant présente un taux d'invalidité inférieur à celui de 10% requis pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable en ce qu'elle lui refuse le droit à la rente d'invalidité LAA. 8. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et la requête du recourant en ce sens doit être rejetée (ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références). 9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.